Oficina de Audiencias Administrativas
DECLARACIÓN JURADA DE INDIGENCIA

(Código del Reglamento de Maryland 28.03.01.06B)

Yo , _____ (nombre), **estoy solicitando una • audiencia • citación y pido que no se apliquen las tasas obligatorias en consideración a la siguiente información.**

1. Hay _____ miembros de la familia viviendo en mi hogar.

(Este número me incluye, pero *no incluye inquilinos ni huéspedes temporales.*)

2. El ingreso total de mi hogar *sin impuestos* es de \$ _____ por • SEMANA • MES • AÑO

(Se trata del ingreso bruto *total* e incluye los *ingresos de todas las personas viviendo en el hogar.*)

3. Los ingresos brutos totales mostrados anteriormente provienen de las siguientes fuentes:

☐ Salarios.....	\$ _____	Por	☐ SEMANA	☐ MES	☐ AÑO
☐ Comisiones/Bonos.....	\$ _____	Por	☐ SEMANA	☐ MES	☐ AÑO
☐ Seguro Social/SSI	\$ _____	Por	☐ SEMANA	☐ MES	☐ AÑO
☐ Ingreso de jubilado	\$ _____	Por	☐ SEMANA	☐ MES	☐ AÑO
☐ Seguro de desempleo.....	\$ _____	Por	☐ SEMANA	☐ MES	☐ AÑO
☐ Ayuda monetaria temporal.....	\$ _____	Por	☐ SEMANA	☐ MES	☐ AÑO
☐ Pensión alimenticia/Ayuda conyugal...	\$ _____	Por	☐ SEMANA	☐ MES	☐ AÑO
☐ Arriendo de inquilinos	\$ _____	Por	☐ SEMANA	☐ MES	☐ AÑO
☐ Cualquier otro ingreso	\$ _____	Por	☐ SEMANA	☐ MES	☐ AÑO

(*sin incluir cupones de alimentos/SNAP*)

Bajo pena de perjurio, afirmo que lo expresado anteriormente es verdadero según a mi conocimiento, información y creencia.

_____
Nombre

_____
Firma

_____
Fecha

_____
Dirección

_____
Correo electrónico

_____
Ciudad, Estado, Código Postal

_____
Teléfono/Número de fax